

Perfil sociodemográfico de médicos/as de família e comunidade que atuam na saúde suplementar brasileira

Sociodemographic profile of family and community doctors who work in Brazilian supplementary health

Perfil sociodemográfico de los médicos de familia y comunitarios que actúan en la salud suplementaria brasileña

João Gustavo Xavier de Queiroz¹ , Matias Aidan Cunha de Sousa¹ , Isaac Linhares de Oliveira¹ , José Carlos de Lacerda Leite¹ , Juliana Sampaio¹ 

¹Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa (PB), Brasil.

Resumo

Introdução: A medicina de família e comunidade é referência no cuidado integral humanizado no Sistema Único de Saúde, sobretudo na Atenção Primária à Saúde. Por causa do custo-efetividade desse modelo, a saúde suplementar tem buscado integrar essa especialidade nos seus serviços.

Objetivo: Avaliar o perfil sociodemográfico de médicas/os de família e comunidade que atuam na saúde suplementar brasileira. **Métodos:** De natureza quantitativo-descritiva, a pesquisa aplicou um questionário eletrônico entre junho de 2022 e junho de 2023 e obteve 156 respostas válidas. Após as respostas tabuladas, foram vistas relações entre as principais variáveis por meio do teste exato de Fisher para tabelas cruzadas 2 × 2. **Resultados:** Obteve-se um perfil predominante de mulher cisgênero, heterossexual, branca, da Região Sudeste, com média de idade de 35,7 anos e renda *per capita* familiar superior a 20 salários mínimos. Foram encontradas evidências de desigualdade salarial entre os sexos, além de maior sobrecarga de trabalho entre as mulheres em função do cuidado com os filhos. Todavia, não foram encontradas relações significativas entre as variáveis renda, identidade de gênero e filhos, por intermédio dos testes realizados. **Conclusões:** O estudo evidenciou que o perfil de profissionais atuantes na medicina de família e comunidade da saúde suplementar se aproxima do perfil restante da categoria médica.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Medicina de família e comunidade; Saúde suplementar.

Autor correspondente:

Matias Aidan Cunha de Sousa
E-mail: matiascunha0@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

CAAE: 42482721.7.0000.8069

TCLE:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 17/06/2024.

Aprovado em: 12/11/2024.

Editor Associado:

Francisco Eduardo da Fonseca Delgado

Como citar: Queiroz JGX, Sousa MAC, Oliveira IL, Leite JCL, Sampaio J. Perfil sociodemográfico de médicos/as de família e comunidade que atuam na saúde suplementar brasileira. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2025;20(47):4352. [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)4352](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)4352)



Abstract

Introduction: Family and Community Medicine is a reference in comprehensive humanized care in the Brazilian Unified Health System, especially in Primary Health Care. Due to the cost-effectiveness of this model, supplementary health has sought to integrate this specialty into its services. **Objective:** To evaluate the sociodemographic profile of family and community doctors who work in Brazilian supplementary health. **Methods:** This is a quantitative-descriptive research, in which an electronic questionnaire was applied between June 2022 and June 2023. A total of 156 valid responses were obtained. After tabulating the responses, relationships between the main variables were observed using Fisher's exact test for 2x2 cross tables. **Results:** We identified a predominant profile of cisgender, heterosexual, white women from the Southeast region, with an average age of 35.7 years, and with a per capita family income greater than 20 minimum wages. We found evidence of wage inequality between sexes, in addition to greater work overload for women due to childcare. However, according to the tests carried out, no significant relationships were found between the variables income, gender identity, and having children. **Conclusions:** The profile of professionals working in family and community medicine of supplementary health is similar to other medical categories.

Keywords: Primary health care; Family practice; Supplemental health.

Resumen

Introducción: La Medicina Familiar y Comunitaria es referente en la atención integral humanizada en el Sistema Único de Salud, especialmente en la Atención Primaria. Debido a la rentabilidad de este modelo, la salud suplementaria ha buscado integrar esta especialidad en sus servicios. **Objetivo:** Evaluar el perfil sociodemográfico de los médicos de familia y comunitarios que actúan en la salud suplementaria brasileña. **Métodos:** De carácter cuantitativo-descriptivo, se aplicó un cuestionario electrónico entre junio de 2022 y junio de 2023. Se obtuvieron 156 respuestas válidas, las cuales, luego de tabularlas, se observaron relaciones entre las principales variables mediante la prueba exacta de Fisher para tablas cruzadas de 2x2. **Resultados:** Se obtuvo un perfil predominante de mujeres cisgénero, heterosexuales, blancas, de la región Sudeste, con edad promedio de 35,7 años y con ingreso familiar per cápita superior a 20 salarios mínimos. Se encontraron evidencias de desigualdad salarial entre sexos, además de una mayor sobrecarga laboral para las mujeres por el cuidado de los hijos. Sin embargo, no se encontraron relaciones significativas entre la variable ingreso, identidad de género y tener hijos, a través de las pruebas realizadas. **Conclusiones:** el estudio demostró que el perfil de los profesionales que actúan en la medicina familiar y complementaria en salud comunitaria es cercano al resto de la categoría médica.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Medicina familiar y comunitaria; Salud complementaria.

INTRODUÇÃO

A medicina de família e comunidade (MFC) surgiu com a necessidade de superar o modelo biomédico e fixar médicos/as na atenção básica em saúde (ABS).¹ Em 1976, já existiam no Brasil algumas experiências desse novo modelo: o Centro de Saúde Escola Murialdo, em Porto Alegre (RS); o Projeto Vitória de Santo Antão, em Vitória de Santo Antão (PE); e o Serviço de Medicina Integral da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no Rio de Janeiro (RJ). Vale pontuar que esses programas de residência só foram formalizados em 1981 pela Comissão Nacional de Programas de Residência, que criou a especialidade de medicina geral e comunitária.²

Em 2001, houve a mudança do nome da especialidade de medicina geral e comunitária para MFC. Dois anos depois, começaram também a ser publicados os primeiros editais de concurso para especialistas, estabelecendo a residência e a prova de título como meios de especialização.³ Desde então, a MFC tem contribuído substancialmente para o bom desenvolvimento da ABS no Brasil.² Por conta disso, o governo passou a incentivar a formação em MFC voltada para ABS e para a Estratégia Saúde da Família (ESF), fortalecendo a Política Nacional de Atenção Básica. Ademais, em 2013, o Programa Mais Médicos expandiu as vagas de residência em MFC e buscou fixar os/as médicos/as de família e comunidade a longo prazo nas unidades de saúde da família.⁴

Mesmo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a rede privada de saúde manteve-se forte no país passando a ser reconhecida como rede suplementar ao sistema público, ou seja, essa

modalidade poderia existir, sem que o SUS dependesse dela. Todavia, sua regulação dava-se apenas pela economia, o que tornou o ambiente propício a falhas de mercado, com rompimentos unilaterais de contratos e abuso de mensalidades.⁵ Sob a necessidade de uma regulação pública da saúde complementar privada, criou-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar, uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde responsável pela regulação das operadoras de planos e seguros de saúde, zelando pela qualidade da assistência por elas prestada.⁶

A saúde privada entra em contraponto com os princípios da MFC, por ser em sua maioria baseada em exames e encaminhamentos, enquanto a MFC, implantada na ABS, tem a alta resolutividade com redução das intervenções desnecessárias como premissa.⁷ Buscando a redução de custos com intervenções, a rede suplementar começou a captar os/as médicos/as de família e comunidade para atuarem em seus serviços, mas de forma diferente da prática pública, uma vez que a atuação familiar e comunitária não é priorizada no cenário privado.⁸ Isso pode indicar não só clivagem ideológica no próprio nome da especialidade, mas também captação da MFC movida apenas pela economia de custo.⁷ Essa inserção tem configurado a despontualização das linhas de força da MFC, sobretudo por tais médicos/as se aproximarem mais da atuação clínica estritamente biomédica do que da clínica ampliada e centrada na pessoa, defendida pela especialidade.⁸

Apesar de o perfil geral dos/as médicos/as de família e comunidade indicar que a categoria é composta em sua maioria de mulheres de cerca de 39 anos que moram em grandes centros urbanos,⁹ pouco ou nada se sabe do perfil sociodemográfico dos/as os/as médicos/as de família e comunidade que atuam na saúde suplementar do Brasil. Diante desse cenário, o presente estudo propôs-se a analisar o perfil sociodemográfico dos/as os/as médicos/as de família e comunidade que atuam na rede de saúde suplementar do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo com a aplicação de questionário eletrônico autopreenchido. O questionário foi construído com perguntas objetivas divididas em quatro blocos:

1. dados sociodemográficos;
2. informações sobre a formação em nível de graduação;
3. os/as médicos/as de família e comunidade;
4. experiência de trabalho.

Para este artigo, foram usadas as respostas obtidas no bloco 1 do questionário.

Por se tratar de um público pouco estudado e não quantificado, a amostra foi obtida por meio da técnica de *snowball*, a qual consiste em uma técnica não probabilística que utiliza as redes de referência de uma semente, definida como o ponto de partida, que faz as primeiras indicações. Esse tipo de amostragem pode ser usado para grupos que, como o do presente estudo, são difíceis de serem alcançados e que não contêm estimativas quanto a seu universo real.¹⁰

Um dos pesquisadores deste estudo, que é um dos/as médicos/as de família e comunidade que atuavam, no momento da pesquisa, na rede suplementar em uma clínica em Natal (RN), atuou como semente da *snowball*, fazendo a indicação dos/as médicos/as de família e comunidade que atuavam na rede suplementar. As indicações da semente foram convidadas a participar da pesquisa e, depois de preencherem o questionário, fizeram novas indicações, podendo ser ou não do seu próprio ambiente

de trabalho. Indicações já realizadas anteriormente foram descartadas, bem como as que não responderam ao convite ou as que não aceitaram participar da pesquisa.

Outros critérios de exclusão da pesquisa foram: não ter formação em MFC ou não estar atuando, no momento da pesquisa, em alguma seguradora, plano de saúde ou clínica privada que faz parte da rede suplementar de saúde.

A coleta de dados foi encerrada quando se esgotaram as indicações à medida que não se obtiveram novas respostas ao questionário. Dessa forma, foi possível explorar toda a rede estabelecida pelo pesquisador usado como semente e suas indicações.

O questionário foi aplicado entre julho de 2022 e junho de 2023, obtendo-se o total de 162 respostas, das quais sete foram excluídas conforme os critérios supracitados. Restaram 155 respostas, com dados de idade, estado de residência, estado civil, renda *per capita*, cor/raça, sexo/gênero e orientação sexual e se possui filhos. Os dados foram tabulados em uma planilha do Excel e analisados com auxílio do software estatístico IBM Statistical Package for the Social Sciences versão 22.0, em uma ótica descritiva das relações entre as variáveis pesquisadas. As relações entre as variáveis do perfil sociodemográfico foram analisadas por meio de testes χ^2 de independência (ou teste exato de Fisher) para tabelas cruzadas, adotando $p < 0,05$ como significativo.

Vale destacar que este estudo esteve vinculado ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da mesma instituição de ensino e aprovado, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 42482721.7.0000.8069, obedecendo às orientações sobre pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os/as 155 respondentes, 65 (41,93%) eram de estados da Região Sudeste, enquanto 31 (20%) eram do sul, 30 (19,35%) do centro-oeste, 28 (18,1%) do nordeste e um (0,65%) do norte. Os estados de São Paulo, Goiás e Paraná foram os que mais tiveram participantes, sendo o primeiro responsável por 60 (38,7%) respostas. O/A único representante da Região Norte era do estado do Pará. A única região que teve participantes de todos os seus estados foi a Região Sul. No centro-oeste, não foram alcançados/as os/as médicos/as de família e comunidade do Mato Grosso do Sul, enquanto no sudeste o Espírito Santo não teve participantes na pesquisa. Já da Região Nordeste não se obtiveram respostas vindas dos estados de Alagoas, Ceará, Maranhão, Piauí e Sergipe. O Quadro 1 mostra detalhadamente o número de respostas obtidas em cada unidade federativa, e os percentuais da amostra selecionada por região servem apenas como uma aproximação, tendo em vista o planejamento amostral não probabilístico utilizado na pesquisa.

Quadro 1. Descrição da amostra selecionada de médicos/as de família e comunidade segundo sua região de origem.

Região	N		NE				CO			SE		S		
	PA	BA	PB	PE	RN	DF	GO	MT	MG	RJ	SP	PR	RS	SC
Quantidade	1	8	3	3	14	7	15	8	11	3	60	15	12	4
Total	1		28				30			74			31	

No guia médico encontrado no *site* institucional da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed), há um levantamento de médicos/as de família e comunidade que atuam na sua rede.¹¹ Nesse levantamento, foi visto que a região com maior quantidade de médicos/as de família e comunidade é a Região Sul, seguida pela Sudeste e pela Centro-Oeste, mantendo-se a hipótese de uma maior inserção da MFC na rede suplementar das regiões Sul e Sudeste do país. Semelhantemente à nossa pesquisa, alguns estados não possuem nenhum médico/a de família e comunidade cadastrado no *site*, sendo a maioria deles da Região Norte, entretanto vale ressaltar que esses dados são referentes aos profissionais que atendem pela Unimed, que nem chega a ser a maior instituição de saúde suplementar do país.

Considerando que não há base de dados nacional sobre os/as médicos/as de família e comunidade que atuam na rede suplementar, pode-se compreender que os números da amostra do presente estudo conseguiram atingir boa representatividade nacional, alcançando 15 das 27 unidades federativas.

Já a média de idade dos/as participantes da pesquisa foi de 35,7 anos (26–69 anos), mantendo-se o valor quando analisados os sexos separadamente (homens=35,3 e mulheres=35,8). O estado com a maior média de idade foi a Paraíba (46,3 anos), enquanto o de menor média foi Minas Gerais (30 anos). Esses dados concordam com a Demografia Médica de 2023,¹² a qual sinaliza um processo de rejuvenescimento do profissional médico brasileiro, estimando que mais de 85% dos/as médicos/as terão entre 22 e 45 anos em 2035. Neste artigo, 146 (94,14%) dos participantes já figuravam na faixa etária de 22 a 45 anos, demonstrando a representatividade da nossa amostra.

Ao analisar os médicos que compõem a ESF da região metropolitana do Recife (PE), Guarda et al.¹³ averiguaram que a maioria dos/as profissionais estava enquadrada na faixa etária superior aos 40 anos, enquanto Nogueira et al.¹⁴ encontraram um padrão de idade inferior aos 30 anos entre os médicos atuantes na ESF de Ponta Grossa (PR). Faz jus destacar que, nesses estudos, muitas vezes os/as médicos/as atuantes na ESF não são especialistas em MFC, como no caso de Ponta Grossa, onde apenas 1,6% dos profissionais possuíam a especialidade.

A Demografia Médica de 2023¹² aponta a MFC como a segunda especialidade com média de idade mais jovem no Brasil (41,5 anos). Rodrigues et al.¹⁵ discutem que isso pode ser relacionado à maior oferta de vagas em residência médica, principalmente após 2013, com a criação do Programa Mais Médicos.¹⁶ Além disso, na Demografia Médica de 2018,¹⁷ os solteiros e sem filhos predominaram nessa especialidade, o que está condizente com a baixa média de idade.

Ainda sobre esse ponto, no Guia Médico da Unimed,¹¹ já citado no tópico anterior, foi visto que muitos/as dos/as profissionais possuem outra especialidade, o que pode apontar para a escolha da MFC como primeira especialização ou pontapé inicial da carreira, uma vez que o especialista em MFC ganha bônus de 10% em provas de residência para outras especialidades. Tal característica reforça a baixa média de idade encontrada entre esses/as profissionais.

Referente à raça/cor, dois participantes (1,3%) preferiram não responder à questão. Dos 153 respondentes, 106 (69,29%) autodeclararam-se pessoas brancas, enquanto 40 (26,1%) se autodeclararam negras, sendo 37 (24,18%) pardos/as e três (1,96%) pretos/as, e sete (4,57%) amarelos/as.

Esses dados refletem a branquitude que atravessa tanto a formação em nível de graduação quanto os cursos de residência e o mercado de trabalho da profissão médica. A Demografia Médica indica que o percentual de ingressos/as no curso de Medicina autodeclarados/as pretos/as e pardos/as alcançou o percentual de 28,2%,¹² dado similar ao encontrado no presente estudo. Apesar de esse número não indicar crescimento expressivo de estudantes autodeclarados/as não brancos/as nos cursos de Medicina quando comparado aos de anos anteriores, é perceptível um crescimento exponencial, principalmente após 2012, ano de aprovação da Lei nº 12.711, que instituiu o sistema obrigatório de cotas raciais na admissão das universidades e que foi recentemente reformulada.¹⁸

Souza et al.¹⁹ também apontaram, como no presente estudo, para a baixa inclusão da população negra na categoria médica mesmo após a instituição das cotas raciais. Os autores dizem que talvez isso ocorra pelo curto período da instituição das cotas, visto que as pessoas beneficiárias dessa política pública ainda estão concluindo sua graduação e residência médica, ou pela falta de políticas públicas que, além do acesso, garantam a permanência desses/as estudantes na universidade. Por enquanto, a raça/cor branca predomina na profissão, o que é evidenciado também pela Demografia Médica de 2019.²⁰ Nesta 67,1% dos concluintes de Medicina eram brancos/as, enquanto 3,4% se autodeclararam pretos/as e 3% pardos/as.

Já quanto à orientação sexual, 127 (81,94%) dos/as participantes declararam-se heterossexuais, 18 (11,61%) homossexuais, nove (5,8%) bissexuais/pansexuais e um (0,65%) assexual. Vale pontuar aqui que nem a Demografia Médica atual tampouco os artigos que analisam o perfil dos médicos/as de família e comunidade abordam informações sobre orientação sexual dos médicos/as brasileiros. Todavia, tal abordagem é de suma importância, visto que a medicina é uma instituição promotora de normas e condutas que na maioria das vezes optam por excluir as diversidades, como as populações lésbicas, *gays*, travestis e transsexuais, *queer*, intersexuais, assexuais, pansexuais, não binárias e outras expressividades de gênero (LGBTQIAPN+).²¹ Dessa forma, prevalece um ambiente marcado pela heteronormatividade, em que o currículo formal e as relações das esferas cotidianas de formação e atuação tendem a propor as sexualidades não hegemônicas como um desvio das normas, as quais a própria heteronormatividade ajudou a construir.²¹ Dar luz à orientação sexual permite que estudos como este evidenciem a falta de representatividade dessa população no meio médico.

Quanto à identidade de gênero, 102 (65,80%) participantes do estudo são mulheres cisgênero e 53 (34,2%) homens cisgênero. Não houve participantes transgêneros na nossa pesquisa. Esse achado é semelhante ao de Rodrigues et al.,⁹ no qual 58,1% dos/as médicos/as de família e comunidade que participaram de seu estudo eram mulheres. A demografia médica de 2023¹² aponta que, entre os médicos/as, 48,6% são mulheres, no entanto existe uma projeção para que em 2024 as mulheres sejam maioria (50,2%) na medicina. Esse crescimento pode manter-se nos próximos anos, uma vez que a maioria (61,1%) dos/as ingressantes no curso de medicina em 2019 era do sexo feminino.¹²

A feminização da medicina tem sido tendência nacional e global. Ela é capaz de refletir não só a conquista dos movimentos feministas,²² mas também a promoção de meios que garantem acesso equânime à carreira profissional, por intermédio do enfrentamento, nas últimas décadas, de barreiras que haviam sido impostas pela sociedade,⁷ como a crença de que a missão mais importante da mulher se encontra em seu lar, entre o cuidado do marido e filhos e outras atividades domésticas, colocando o seu sucesso fora desse ambiente em segundo plano.

Este artigo também propôs analisar a renda *per capita* familiar dos/as participantes usando os mesmos critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para a determinação de classes sociais no Brasil, com base na quantidade de salários mínimos. A classe A tem renda acima de 20 salários mínimos; a B tem renda definida entre 10 e 20 salários mínimos; a C, entre cinco e 10; e a D, abaixo de cinco salários mínimos. Dos/as participantes, seis (3,87%) preferiram não responder a essa pergunta. Dos 149 que responderam a ela, 75 (50,33%) tinham renda entre 10 e 20 salários mínimos (classe B), 43 (28,87%) acima de 20 salários mínimos (classe A), 29 (19,46%) entre cinco e 10 salários mínimos (classe C) e apenas dois (1,34%) renda *per capita* familiar abaixo de cinco salários mínimos, classificados como classe D.

O Quadro 2 apresenta os níveis de renda conforme a identidade de gênero. O teste χ^2 apresentou $p=0,233$, indicando inexistência de relação significativa entre renda e identidade de gênero, no entanto observa-se que 36,2% dos homens ganham acima de 20 salários mínimos, enquanto apenas 24,5% das mulheres atingem esse patamar de renda. Vale ressaltar que as seis pessoas que omitiram sua renda foram mulheres cisgênero.

Quadro 2. Tabulação cruzada entre gênero e renda.

	Identidade de gênero		Total
	Homem cisgênero	Mulher cisgênero	
Valor da renda <i>per capita</i> familiar (em salário mínimo)	1–5	0	3
	5–10	12	31
	10–20	25	77
	Acima de 20	21	45
Total	58	98	156

Conforme o Quadro 2, podemos notar que não há participantes homens cisgênero com renda menor que cinco salários mínimos. Em contraponto, mais de 20% das mulheres cisgênero têm renda menor que 10 salários mínimos, enquanto a porcentagem de mulheres cisgênero com renda superior a 20 salários mínimos é 13% menor que a proporção de homens na mesma categoria.

Embora tenhamos discutido anteriormente a feminização na medicina brasileira na última década, várias autoras^{7,22,23} já relataram que esse processo não está sendo acompanhado por igualdade salarial, ou nem mesmo pelo alcance de mulheres a posições de liderança na medicina, o que explicaria os salários menores.

Apesar da diferença salarial entre homens e mulheres cisgênero, mais da metade dos/as participantes da pesquisa é de classe A. A Demografia Médica de 2023¹² revelou, segundo a Receita Federal, que a renda média mensal dos/as médicos/as brasileiros é de R\$ 30,1 mil, ou seja, acima de 20 salários mínimos, o que também os põe na classe A. Ambos os cenários reforçam a classe médica na elite da sociedade.

Quando analisada a presença de filhos/as, apenas 52 (33,55%) dos/as 155 participantes tinham um ou mais filhos/as menores de 18 anos. A mediana foi de 0 (0–4; intervalo entre quartis — IQR=1), com 103 (66,45%) tendo nenhum/a filho/a menor de 18 anos, 26 (16,77%) participantes dois filhos/as, 18 (11,61%) deles um filho/a, sete (4,52%) com três filhos/as e um (0,65%) com quatro filhos/as menores de 18 anos. Esses achados são similares aos de Miranzi et al.,²⁴ que averiguaram que a maioria dos/as médicos/as da ESF da gerência regional de Uberaba (MG) tinha até dois dependentes. Ademais, este estudo evidenciou que a maior média de filhos/as se concentrou nos médicos/as da família e comunidade que tinham mais de 40 anos de idade (1,33 filho/a por participante), seguidos/as pelos/as que tinham de 30 a 39 anos (0,43 filho) e depois pelos/as que tinham 29 anos ou menos (0,2 filho).

A maioria dos médicos que são pais se concentrou na faixa de 30 a 40 anos (52,6%), enquanto a maioria das médicas que são mães tem idade entre 40 e 50 anos (51,4%). Isso reflete na maior liberdade que os homens têm para compor uma família e manter seus investimentos profissionais e, dessa forma, o fazem mais cedo, enquanto ainda cabe às mulheres a maior parte da responsabilidade do lar e da família²⁵ e, por isso, podem acabar optando por serem mães em uma fase mais avançada de sua vida, por temer que isso atrapalhe sua carreira profissional.

Quando feita a correlação entre possuir filhos segundo o gênero dos/as médicos/as de família e comunidade, foi possível observar, por meio do teste exato de Fisher, que inexistiu relação significativa ($p=0,908$) entre identidade de gênero e a presença de filhos, de modo que 33% dos homens e 34% das mulheres da amostra têm filhos. Apesar disso, é perceptível que a tendência apontada pelo estudo é de que os/as médicos/as não têm filhos/as (66,6%, 108).

Como já debatido anteriormente, foi notado que as médicas possuem renda menor que os médicos, mas o estudo foi capaz de averiguar outro fator importante sobre tal desigualdade salarial. De acordo com o Quadro 3, a renda acima de 20 salários mínimos se concentra entre os homens cisgêneros que não possuem filhos. Mesmo sendo maioria em nosso estudo, entre profissionais que não têm filhos, as mulheres não foram maioria entre os participantes com renda acima de 20 salários mínimos. Isso reforça a hipótese de que as mulheres que participaram do nosso estudo continuam recebendo menos que os homens independentemente de terem filhos ou não.

Quadro 3. Tabulação cruzada entre renda e gênero segundo possuir filhos.

Possui filhos			Gênero		Total		
			Homem cisgênero	Mulher cisgênero			
Não	Renda (em salário mínimo)	1-5	fi	0	2	2	
			%	0	100	100	
		5-10	fi	6	9	15	
			%	40	60	100	
		10-20	fi	17	38	55	
			%	30,9	69,1	100	
		Acima de 20	fi	16	15	31	
			%	51,6	48,4	100	
		Total	fi	39	64	103	
			%	37,9	62,1	100	
	Sim	Renda	1-5	fi	0	1	1
				%	0	100	100
5-10			fi	6	10	16	
			%	37,5	62,5	100	
10-20			fi	8	14	22	
			%	36,4	63,6	100	
		Acima de 20	fi	5	9	14	
			%	35,7	64,3	100	
		Total	fi	19	34	53	
			%	35,8	64,2	100	
Total		Renda	1-5	fi	0	3	3
				%	0	100	100
	5-10		fi	12	19	31	
			%	38,7	61,3	100	
	10-20		fi	25	52	77	
			%	32,5	67,5	100	
		Acima de 20	fi	21	24	45	
			%	46,7	53,3	100	
		Total	fi	58	98	156	
			%	37,2	62,8	100	

Isso aponta que a desigualdade salarial de gênero não tem a ver exclusivamente com a jornada dupla materna, mas sim com o patriarcado, enraizado na profissão majoritariamente construída por homens. Apesar da feminização da medicina, esse patriarcado reforça os homens em posições de alto comando de hierarquia e gestão, que é onde se concentram os maiores salários, uma vez que o estereótipo cultural de gestor pertence a homens, enquanto as mulheres são vistas como líderes menos capazes.²⁶

Essa ausência de mulheres em posições de chefia na saúde já havia sido evidenciada por Waskiewicz et al.²⁷ nos hospitais da Região Sul do Brasil, além de por Portes e Dallegave,²⁶ que discutem as ações das comissões de equidade de gênero e raça como ineficazes no que se trata ao acesso dessas pessoas aos cargos de decisão.

Observa-se no Quadro 4 que a relação entre ter filhos e nível de renda foi considerada significativa por meio do teste exato de Fisher ($p=0,039$) ao nível de significância $\alpha=0,05$, indicando que 70,5% dos/as médicos/as de família e comunidade que possuem maior nível de renda não têm filhos.

Quadro 4. Tabulação cruzada entre variáveis renda e possuir filhos.

		Possui filhos		Total	
		Não	Sim		
Renda (em salário mínimo)	Até 10	Contagem	17	17	34
		% em renda	50	50	100
	Acima de 10	Contagem	86	36	122
		% em renda	70,5	29,5	100
Total		Contagem	103	53	156
		% em renda	66	34	100

Um fator limitante deste artigo é que não foi possível identificar se a causa desse decréscimo na renda entre os/as médicos/as com filhos é por eles receberem salários menores ou se a renda familiar *per capita* diminui em razão do maior número de dependentes dentro de casa. Por isso, enfatiza-se a necessidade de estudos futuros que possam analisar melhor essa questão.

Nota-se a prevalência do padrão médico brasileiro nesses/as profissionais, que têm como perfil predominante a mulher cisgênero, heterossexual, branca, adulta e de classe A. Algumas dessas características acabam sendo mais evidentes, como a prevalência de heterossexuais e pessoas brancas, o que pode estar relacionado ao setor privado, que muitas vezes reforça ainda mais a elitização da categoria.

Como afirmam Oliveira et al.,⁸ a acentuação de tais características pode ser explicada como uma tentativa de desfazer o choque ocorrido pelo contato com histórias de vida difíceis e que muitas vezes pertencem a uma realidade fora do contexto dos/as médicos/as com o perfil descrito. Isso aconteceria, ainda conforme os autores, pela diferença entre o perfil de usuários/as dos planos de saúde, que em sua maioria são mulheres brancas de classes C e D, enquanto a maioria dos/as usuários/as da atenção básica é mulher negra de classes C, D e E.

CONCLUSÃO

Apesar das dificuldades de comparação com outros trabalhos na literatura, por causa da escassez de artigos científicos que abordam o perfil sociodemográfico dos/as médicos/as de família e comunidade e, mais especificamente, que trabalham na rede suplementar, este artigo cumpriu com o objetivo ora proposto. Foi possível abranger temáticas importantes, como a delimitação do perfil de médicos/as de família e comunidade que atuam na saúde suplementar (mulher cisgênero, heterossexual, branca, adulta, com filhos e de classe social A).

Outros dois fatores limitantes do estudo foram o não alcance de participantes em alguns estados e a falta de representatividade da Região Norte do Brasil. Não foi possível averiguar se essa falta de representatividade consiste em um distanciamento entre os/as profissionais dessa região, fazendo com que eles não fossem indicados na metodologia adotada, ou se isso indica que o fenômeno da MFC na rede suplementar ainda não alcançou com efetividade os planos e seguradoras da Região Norte. Estudos futuros nessas regiões se fazem necessários para melhor compreensão.

A análise das relações entre as variáveis do perfil sociodemográfico não foi capaz de prever a relevância estatística da relação entre as variáveis pesquisadas, com exceção do nível de renda segundo possuir filhos, que apresentou relação significativa.

Pela concordância do perfil sociodemográfico desses/as profissionais com os/as demais médicos/as brasileiros/as, não foi possível destacar fortes evidências de que médicos/as de família e comunidade com determinado perfil estejam mais propensos a atuar na rede suplementar. A investigação das respostas coletadas com os campos de formação e atuação profissional, também incluídos no questionário aplicado, pode trazer correlações mais fortes nesse sentido e será publicada posteriormente.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

JGXQ: Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Escrita – Primeira Redação. MACS: Investigação, Metodologia, Escrita – Primeira Redação. ILO: Análise formal, Software, Escrita – Revisão e Edição. JCLL: Curadoria de Dados, Metodologia, Supervisão, Escrita – Revisão e Edição. JS: Análise formal, Administração do projeto, Supervisão, Visualização, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Wonca). Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar [Internet]. World Organization of National Colleges; 2002 [acessado em 1º dez. 2008]. Disponível em: <https://www.woncaeurope.org/file/b3dc72f9-dc44-4d7c-9077-a751d3c501b2/2002%20European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>
2. Oliveira VG de, Queiroz FN, Araújo BP, Silva CMM, Silva FD. Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013;9(30):85-8. [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)850](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(30)850)
3. Falk JW. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2004;1(1):5-10. [https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(1\)2](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(1)2)
4. Campos GW de S, Pereira Júnior N. A atenção primária e o programa mais médicos do sistema único de saúde: conquistas e limites. *Ciêns Saúde Colet* 2016;21(9):2655-63. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016>
5. Pietrobbon L, Prado ML do, Caetano JC. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis* 2008;18(4):767-83. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>
6. Brasil. Lei n.º 9.961/2000. Dispõe sobre a criação da ANS. *Diário Oficial da União*. 2000.
7. Machado HSV, Melo EA, Paula LGN de. Medicina de família e comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. *Cad Saúde Pública* 2019;35(11):e00068419. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068419>
8. Oliveira IL de, Sousa MAC de, Queiroz JGX de, Sampaio J. Qual família e qual comunidade? Reconfigurações da Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar. *Trab Educ Saúde* 2023;21:e02158224. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2158>
9. Rodrigues ET, Forster AC, Santos LL dos, Ferreira JBB, Falk JW, Fabbro ALD. Perfil e trajetória profissional dos egressos da residência em medicina de família e comunidade do estado de São Paulo. *Rev Bras Educ Med* 2017;41(4):604-14. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4RB20160084>
10. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Tematicas* 2014;22(44):203-20. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
11. UNIMED. Guia Médico [Internet]. Brasil: Unimed, 2023 [acessado em 29 ago. 2023]. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/site/guia-medico/#/>
12. Scheffer M. (Coord.). *Demografia médica no Brasil 2023*. São Paulo: FMUSP, AMB; 2023.
13. Guarda FRB da, Silva RN da, Tavares RAW. Perfil sociodemográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Panamazonica Saude* 2012;3(2):17-24. <https://doi.org/10.5123/S2176-62232012000200003>

14. Nogueira LS, Silva Junior MF, Müller EV. Perfil sociodemográfico e fatores de atração e saída dos médicos atuantes na estratégia saúde da família no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2021;16(43):2159. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2159](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2159)
15. Rodrigues LHG, Duque TB, Silva RM da. Fatores associados à escolha da especialidade de medicina de família e comunidade. *Rev Bras Educ Med* 2020;44(3):e078. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190212>
16. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2013.
17. Scheffer M. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp; 2018. v. 1.
18. Brasil. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2012;Seção 1:1.
19. Souza PGA de, Pôrto ACC de A, Souza A de, Silva Júnior AG da, Borges FT. Socio-economic and racial profile of medical students from a public university in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Bras Educ Med* 2020;44(3):e090. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190111.ING>
20. Scheffer M. Demografia médica no Brasil 2019. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp; 2019. v. 1.
21. Raimondi GA, Teixeira F do B, Moreira C, Barros NF de. Corpos (não) controlados: efeitos dos discursos sobre sexualidades em uma escola médica brasileira. *Rev Bras Educ Med*. 2019;43(3):16-26. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180142>
22. Minella LS. Medicina e feminização em universidades brasileiras: o gênero nas interseções. *Rev Estud Fem* 2017;25(3):1111-28. <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n3p1111>
23. Scheffer MC, Cassenote AJF. A feminização da medicina no Brasil. *Revista Bioética* [Internet]. 2013 [acessado em 7 jan. 2025];21(3):268-77. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/XtCnKjggnr6gFR3bTRckCxs/>
24. Miranzi SSC, Mendes CA, Nunes AA, Iwamoto HH, Miranzi MAS, Tavares DM dos S. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. *Rev Méd Minas Gerais* [Internet] 2010[acessado em 17 maio 2024];20(2):189-97. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/312>
25. Jablonski B. A divisão de tarefas domésticas entre homens e mulheres no cotidiano do casamento. *Psicol Ciênc Prof* 2010;30(2):262-75. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000200004>
26. Portes V de M, Dallegrave D. Cargos de gestão em saúde: a (in)visibilidade de gênero, raça e profissão. *Saúde em Redes* 2020;6(2):137-51.
27. Waskiewicz VV, Barbosa MEM, Sousa HS, Alexandre GP, Menezes LO de. Desigualdade de gênero nos cargos de diretores técnicos nos hospitais do Sul do Brasil. *Rev Adm Saúde*. 2022;22(86):e308. <https://doi.org/10.23973/ras.86.308>